

# E-learning

## Behandelwensen & transmurale overdracht van patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid



## Inhoud

<b>Voorwoord</b> .....	4
1 Algemene informatie .....	5
<b>1.1 Registratiegegevens deelnemer</b> .....	5
<b>1.2 Leerdoelen</b> .....	5
2 Introductie .....	7
<b>2.1 Aanleiding voor gesprek</b> .....	7
<b>2.2 Wat is een behandelwensen gesprek?</b> .....	8
3 Verkenning doelgroep .....	9
4 Verkenning betrokken zorgprofessionals .....	11
<b>4.1 Welke zorgcollega's zijn betrokken?</b> .....	11
<b>4.2 Welke expertise hebben zij?</b> .....	12
5 Timing behandelwensengesprek .....	14
<b>5.1 Wanneer stel je het gesprek voor?</b> .....	14
<b>5.2 Hoelang duurt een eerste gesprek gemiddeld?</b> .....	15
6 Het voorbereidend gesprek .....	16
<b>6.1 Wie voert het voorbereidend gesprek?</b> .....	16
<b>6.2 Wat bespreek je zoal?</b> .....	16
<b>6.3 Een paar voorbeeldzinnen</b> .....	17
<b>6.4 De vervolgspraak</b> .....	17
7 Het behandelwensengesprek zelf .....	19
<b>7.1 De opening</b> .....	19
<b>7.2 Verdiepingsvragen</b> .....	20
<b>7.3 Voorbeeldfilmje</b> .....	21
8 Aandachtspunten voor speciale doelgroepen .....	22
<b>8.1 Mensen met een niet-westerse culturele achtergrond</b> .....	22
<b>8.2 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden</b> .....	23
9 Afsluiten en vastleggen behandelwensengesprek .....	24
<b>9.1 Afsluiten van het gesprek richting patiënt</b> .....	24
<b>9.2 Vastleggen van het gesprek</b> .....	25
<b>9.3 Overdracht naar de huisartsenpost</b> .....	26
<b>9.4 Toolkit met formulieren</b> .....	27

10	Samenvatting: wie doet wat?.....	28
11.	Borgen behandelwensengesprek.....	29
	<b>11.1 Implementatie in je praktijk en de wijk</b> .....	29
	<b>11.2 Financiering door Zorg en Zekerheid</b> .....	30
12.	Achtergrondinformatie project.....	31
	<b>12.1 Projectgroep Proactieve Zorgplanning</b> .....	31
	<b>12.2 Knelpunten</b> .....	32
	<b>12.3 Oplossingen</b> .....	33
13	Eindtoets.....	34
	Bijlagen – Toolkit met formulieren.....	38

## Voorwoord

Proactieve zorgplanning is een continu proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu in de toekomst bij past. Het stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien.

Met de multidisciplinaire aanpak van proactieve zorgplanning binnen de regio Amstelland geven disciplines vanuit de 0e, 1e en 2e lijn in gezamenlijkheid invulling aan verschillende onderdelen van dit totale proces van zorgplanning. Hoe de precieze rollen worden ingevuld en hoe er onderling wordt samengewerkt is een werkend leerproces, wat per samenwerkende groep zorgprofessionals kan verschillen afhankelijk van de aanwezige kennis, specialisaties en onderlinge samenwerkingsafspraken. Hierbij is het belangrijk collega's mee te nemen in de nieuwe activiteiten en draagvlak te behouden.

Daarom is het goed dat alle disciplines kennisnemen van de e-learning. Hierdoor hebben alle disciplines (gedeelde en gemeenschappelijke) kennis van de doelgroepen voor wie proactieve zorgplanning relevant kan zijn, van het proces en de verschillende rollen die door de zorgprofessionals uit de 0e, 1e en 2e lijn ingevuld kunnen worden. Disciplines gaan herkennen dat zij een rol van betekenis kunnen vervullen bij nut en noodzaak van proactieve zorg. Hoe iedere discipline zijn of haar rol het beste kan uitvoeren (verdieping) is een unidisciplinaire (onderlinge) aangelegenheid voor de afzonderlijke disciplines zelf. Het is wenselijk dat de wijkverpleging, thuiszorg, casemanagers en ouderenadviseurs hun kennis en inzet bundelen. Daarom zou het ook een keuze kunnen zijn dat deze 3 disciplines met elkaar de inhoudelijk bijscholing over hun rol volgen.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor het vastleggen van de afspraken, maar stemt het proces rondom het behandelwensgesprek af met de andere disciplines en brengt hen op de hoogte van de uiteindelijke afspraken. Per casus wordt afgesproken wie regiehouder is voor het bewaken van de actualiteit van de afspraken, waarbij iedere discipline een bijdrage kan leveren aan het signaleren van een veranderend perspectief.

Deze e-learning is een eerste stap op weg naar een gedeelde en multidisciplinair gedragen proactieve zorgplanning. Wij nodigen iedereen van harte uit om kennis te nemen van het onderdeel Behandelwensgesprekken.

# 1 Algemene informatie

## 1.1 Registratiegegevens deelnemer

<b>Naam</b>	
<b>Functie</b>	
<b>Praktijk en praktijk AGB code</b>	
<b>Regio</b>	
<b>BIG nr.</b>	
<b>NVvPO nummer</b> <i>(alleen van toepassing voor praktijkondersteuner)</i>	
<b>V&amp;VN nummer</b> <i>(alleen van toepassing voor praktijkondersteuner of verpleegkundig specialist)</i>	

Om in aanmerking te komen voor accreditatiepunten dient u uw gegevens in te vullen en de toets af te sluiten met een voldoende. Voor huisartsenpraktijken geldt dat zij daarna ook in aanmerking komen voor de vergoeding van het behandelwensengesprek door zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid.

## 1.2 Leerdoelen

Het behandelwensengesprek heeft met name de het laatste jaar veel aandacht gekregen in de dagelijkse praktijk. Met het bespreken van verwachtingen, vragen en eventuele angsten ten aanzien van behandelingen voor mensen met een slechte gezondheid en beperkte levensverwachting willen we bereiken dat de patiënt zoveel mogelijk regisseur is en blijft over zijn/haar leven.

Dit gesprek aangaan vindt niet iedereen even gemakkelijk of vanzelfsprekend. Deze e-learning biedt u handvatten om dit gesprek op een goede manier te initiëren en te voeren.

Daarnaast zullen we u informeren over een goede verslaglegging van de behandelwensen in het dossier en een goede overdracht naar andere zorgverleners in de keten. Dit om de informatie die u heeft opgehaald zo goed mogelijk te gebruiken, ook in de avond-, nacht- en weekenduren. Op deze manier hopen we de zorg voor kwetsbare patiënten te verbeteren en plaats te laten vinden op de manier en op de plaats die hen voor ogen staat.

Na het doorlopen van de e-learning bent u in staat:

- een afweging te maken wanneer een behandelwensengesprek te beginnen;
- het behandelwensengesprek voor te bereiden en te voeren;
- om patiënt/familie/naasten/mantelzorgers te voorzien van informatie zodat zij zich op het behandelwensengesprek kunnen voorbereiden;
- de uitkomsten van het behandelwensengesprek vast te leggen met behulp van het behandelwensenformulier en heeft u inzicht hoe het gesprek door de huisartsenpraktijk wordt vastgelegd in het HIS (huisartsen informatie systeem):
- de behandelwensen door te geven aan zorgpartners in de keten (huisartsenpost, tweede lijn, thuiszorg) in uw regio. Denk ook aan andere mogelijk relevante partijen zoals bijvoorbeeld betrokken fysiotherapeuten, VVT-instellingen waar de huisarts hoofdbehandelaar is, en dagbesteding.



## 2 Introductie

### 2.1 Aanleiding voor gesprek

U bent huisarts (of praktijkverpleegkundige) en leest op maandagochtend de post van het weekend. U ziet, mevrouw H., 93 jaar is in het weekend ingestuurd door uw dienstdoend huisarts. U kent mevrouw goed, zij heeft gevorderd hartfalen, haar laatste opname was 2 maanden geleden. Toen heeft u al eens bedacht, wat doen we bij een volgende episode? U bent er nog niet aan toegekomen om dit met haar te bespreken.

Een andere aanleiding voor het gesprek kan zijn dat u als thuiszorgmedewerker of ouderenadviseur merkt dat het gesprek met een cliënt op een natuurlijke manier die kant op gaat. Of dat u tijdens de intake ruimte voelt om de vraag te stellen of cliënt al eens over de toekomst heeft nagedacht. Soms wordt de vraag gesteld door een wijkverpleegkundige tijdens een bezoek op de verjaardag van een cliënt, als het moment goed voelt om te vragen wat voor cliënt het komende jaar belangrijk wordt, wat iemand graag wil.

*Vraag: wat zijn voor u aanleidingen om een behandelwensengesprek met iemand te voeren?*



## 2.2 Wat is een behandelwensen gesprek?

Het behandelwensengesprek gaat over het inventariseren van wensen en verwachtingen van kwetsbare ouderen ten aanzien van behandelingen in het kader van proactieve zorgplanning.

Proactieve zorgplanning of advance care planning wordt internationaal gedefinieerd als "de mogelijkheid voor individuen om persoonlijke doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg te bepalen, deze te bespreken met naasten en zorgverleners en deze vast te leggen en zo nodig te herzien." \*

Proactieve zorgplanning heeft als doel dat:

- De kwetsbare oudere zoveel mogelijk zelf regisseur is en blijft over zijn/haar leven
- Er duidelijkheid is in de avond-, nacht- en weekendsituatie voor de zorgverleners over het gewenste beleid
- Er minder ad hoc crisismanagement nodig is
- Er geen kwetsbare oudere onnodig opgenomen wordt in het ziekenhuis
- Er niet onnodig (kostbare en/of ongewenste) behandelingen en ongewilde opnames plaatsvinden in verpleeghuizen.

Er is naar aanleiding van het voeren van een behandelwensengesprek een directe aanleiding om patiënten toestemming te vragen voor informatiedeling via LSP. Zonder deze toestemming heeft het voeren van dit gesprek beperkt nut. Bij geen toestemming kan alleen de huisarts conform deze wensen handelen. Als zich acute situaties voordoen zullen andere zorgverleners niet, onvoldoende of niet tijdig op de hoogte zijn om het handelen conform de behandelwensen na te streven en uit te kunnen voeren.

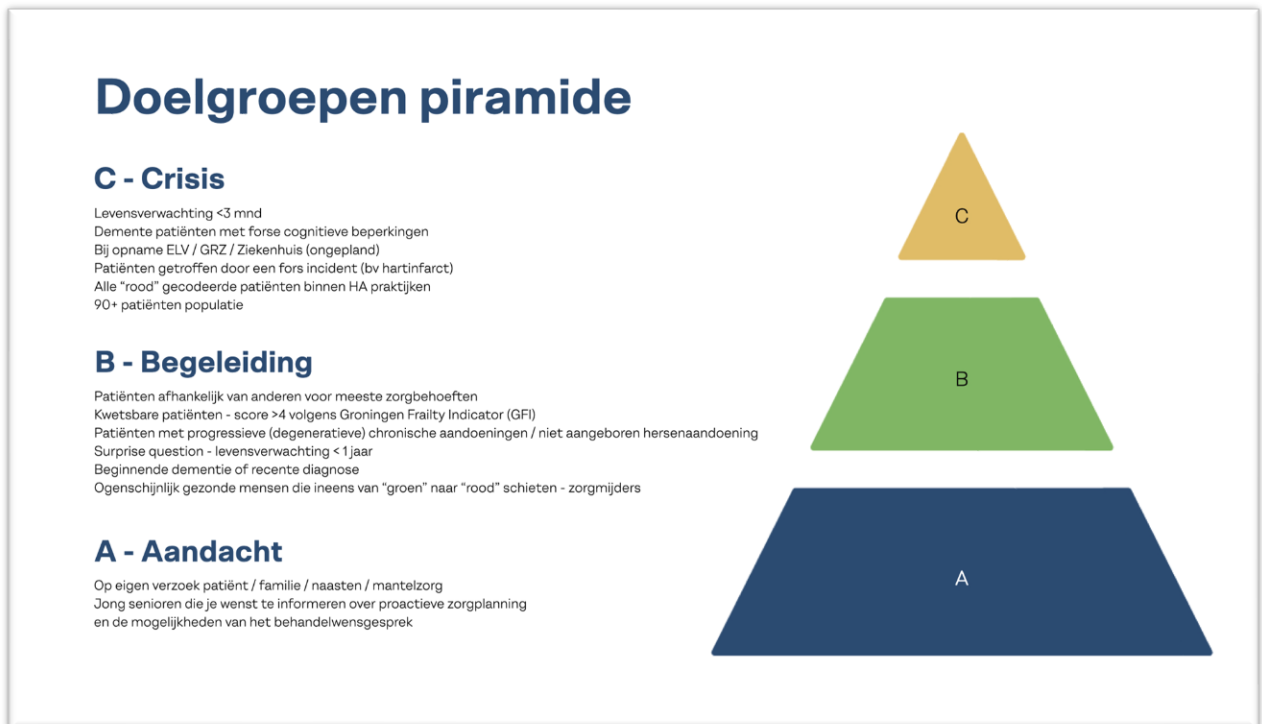
\*uit "leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning naar aanleiding van de COVID-19 pandemie".





## 3 Verkenning doelgroep

Vraag: Bij welke patiënten zou u een behandelwensengesprek willen voorstellen?



Als je kijkt naar de doelgroepen piramide dan valt op dat de onderkant van de piramide een brede basis heeft, dat zijn de patiënten waar (nog) niet zoveel aan de hand is. Naarmate patiënten zich hoger in de piramide bevinden neemt de druk op de (crisis) zorg toe, en is het hebben van afspraken uit een behandelwensengesprek belangrijk. De paradox is dat hoe hoger je in de piramide komt, hoe belangrijker het wordt dat het gesprek al heeft plaats gevonden. Concreet betekent dit dat het de kunst is dat je het behandelwensengesprek tijdig ter sprake brengt. Daarmee hoop je problemen te voorkomen en rust te bewaren wanneer de gezondheid van de patiënt ernstig verslechtert.

Het behandelwensengesprek kan aan de orde zijn bij:

- Patiënten die er zelf spontaan om vragen. Meestal bij vragen of wensen over de zorg bij toekomstige gezondheidsproblemen of rond het levenseinde.
- De groep kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag, zoals deze naar voren komen in de MDO's en GPO's van de samenwerkingsverbanden.
- Mensen met een ernstig onderliggend lijden en een levensverwachting < 1 jaar. Een hulpmiddel hierbij kan zijn het stellen van de Surprise Question: "ben je verbaasd als deze patiënt binnen 1 jaar komt te overlijden?"
- Patiënten die in behandeling komen bij de thuiszorg of opgenomen worden in een instelling. Het is belangrijk dat de collega zorgverleners weten of ze de huisarts of 112 moeten bellen bij een acute situatie.

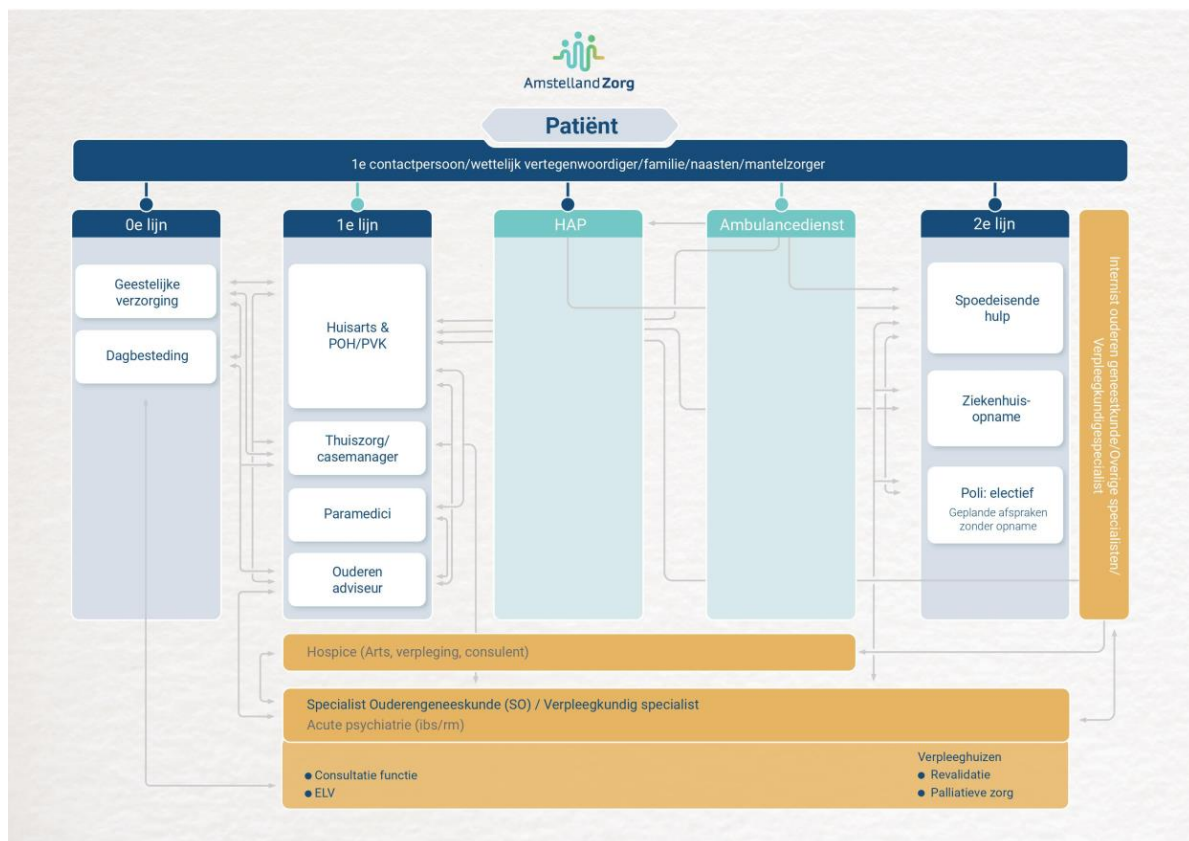


## 4 Verkenning betrokken zorgprofessionals

### 4.1 Welke zorgcollega's zijn betrokken?

Binnen de regio Amstelland is gekozen voor een multidisciplinaire aanpak van de proactieve zorg. Het streven is om hier samen met alle zorgprofessionals die betrokken zijn op het gebied van ouderenzorg (0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> én 2<sup>e</sup> lijn) invulling aan te geven.

De afbeelding toont een overzicht van zorgprofessionals welke betrokken kunnen zijn bij dit proces. Tevens maakt het duidelijk welke informatiestromen er idealiter zijn om elkaar op de hoogte te brengen en te houden van de behandelwensen van een patiënt.



## 4.2 Welke expertise hebben zij?

Hoe de diverse betrokken zorgcollega's hun rol ten aanzien van behandelwensen invullen is afhankelijk van de aanwezige kennis, specialisaties en onderlinge samenwerkingsafspraken.

Met deze e-learning hopen we te bereiken dat er meer gemeenschappelijke kennis ontstaat van de verschillende rollen. Tegelijk hopen wij dat alle zorgcollega's gaan herkennen dat zij een rol van betekenis kunnen en moeten hebben. Het is waardevol om goed op de hoogte te zijn van elkaars expertise en talent.

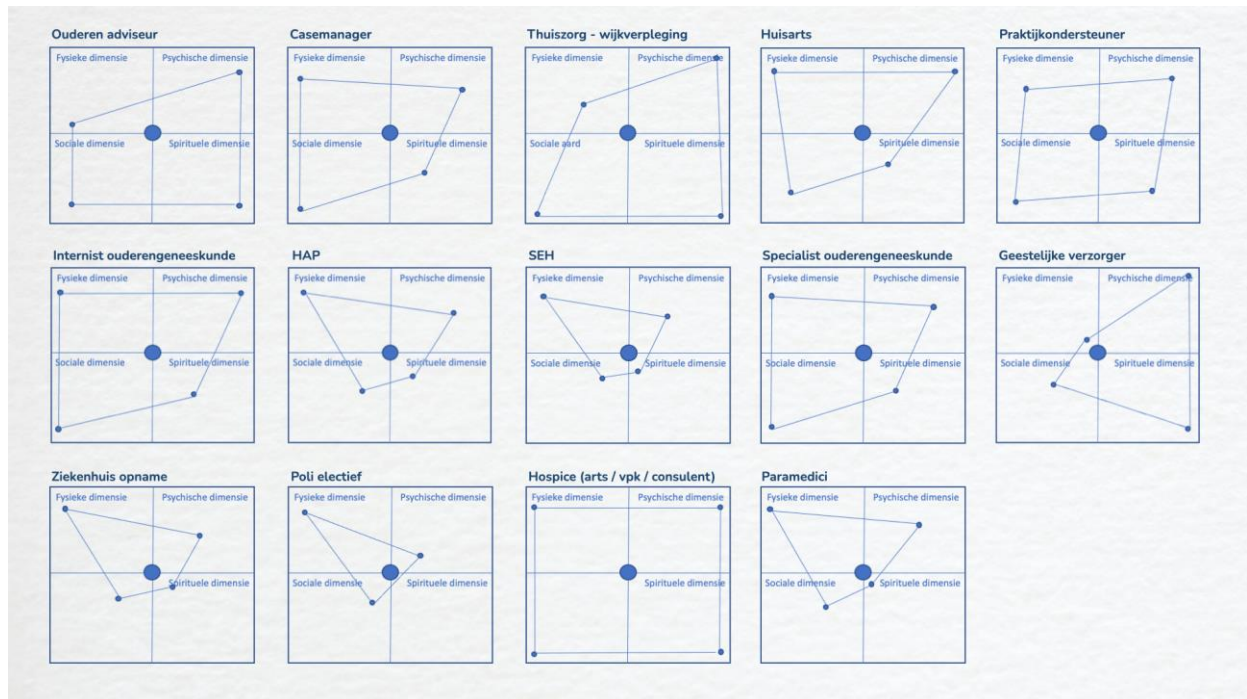
[Het kwaliteitskader palliatieve zorg NL](#) hanteert voor de aansluiting bij de waarden, wensen en behoeften van patiënten de multidimensionale benadering waaraan vanuit het multidisciplinaire team invulling gegeven kan worden. De multidimensionale benadering omvat:

- de fysieke dimensie;
- de psychische dimensie;
- de sociale dimensie;
- de spirituele dimensie.

Binnen de verschillende zorgdisciplines liggen de accenten op verschillende dimensies. Door samenwerking kunnen deze gecombineerd worden.



Ter illustratie zijn de dimensies gekoppeld aan verschillende zorgdisciplines. Het betreft hier een globale en algemene indeling en staat los van eventuele individuele expertise of interesse.



Vanuit ieders rol kan aanvulling worden gezocht met zorgcollega's die meer thuis zijn in een dimensie dan waar jijzelf bijvoorbeeld minder aandacht of tijd voor hebt, of over minder expertise beschikt. Samen met de patiënt kun je bekijken wat er vanuit elke dimensie nodig is en welke discipline hier het beste in kan voorzien. Dit impliceert een belangrijke taak voor de huisarts en POH om dit vanuit het generalistisch perspectief met de patiënt in kaart te brengen. Wij zullen in aanvulling op deze e-learning de sociale kaart voor proactieve zorg nader invullen met namen en gegevens van betrokken partijen uit onze regio.

## 5 Timing behandelwensengesprek

### 5.1 Wanneer stel je het gesprek voor?

De mogelijkheid tot het voeren van een behandelwensengesprek breng je ter sprake bij één van de volgende situaties:

- Tijdens een contact met een patiënt/cliënt uit genoemde doelgroepen;
- Naar aanleiding van een opname of doorgemaakt ziektebeeld;
- Bij toegenomen kwetsbaarheid. De wijkverpleegkundige, thuiszorg medewerker of de ouderenadviseur kunnen hierin een belangrijke signalerende rol vervullen en het behandelwensengesprek onder de aandacht brengen. Bijvoorbeeld als iemand kortademiger of minder verzorgd is dan je gewend bent, of als iemand in korte tijd veel gewicht heeft verloren.
- De praktijkondersteuner of huisarts kan op haar/ zijn spreekuur signaleren dat bij een oudere de vitaliteit of veerkracht duidelijk afneemt of dat de cognitieve problemen in ernst toenemen;
- Bij verhuizing naar een vorm van zorg met verblijf;
- Bij een uitbraak van een besmettelijke ziekte, zoals met de Covid-19-pandemie, waarbij de kans op een ernstig beloop aanwezig is en er behoefte is aan duidelijkheid over de behandelwensen.



## 5.2 Hoelang duurt een eerste gesprek gemiddeld?

Hoewel elk gesprek anders loopt zal een eerste behandelwensgesprek gemiddeld 30 minuten duren. Neem daarna tijd voor het uitwerken van gemiddeld 15 à 20 minuten.

Het behandelwensgesprek is een continu proces, waardoor er minstens jaarlijks aanvullende gesprekken nodig zullen zijn om te kijken of alle gegevens nog kloppen, de situatie is gewijzigd of ter check of iemand van gedachten is veranderd.



## 6 Het voorbereidend gesprek

### 6.1 Wie voert het voorbereidend gesprek?

De voorbereiding van een behandelwensen gesprek kan door de diverse betrokkenen uitgevoerd worden. Denk hierbij aan professionals als de POH, wijkverpleegkundige, thuiszorgmedewerker of ouderenadviseur. Concreet zijn het eigenlijk alle hulpverleners die hiertoe zijn opgeleid en zich competent genoeg achten, dus ook vrijwilligers in de palliatieve zorg.

### 6.2 Wat bespreek je zoal?

De volgende activiteiten kunnen besproken worden:

- Geef uitleg over de procedure;
- Benoem de toegevoegde waarde van een behandelwensengesprek en inventariseer bij cliënt/ patiënt welke voor- en nadelen zij zien. NB het kan zijn dat patiënten het moeilijk vinden het met naasten te bespreken, omdat het confronterend kan zijn met leven/doodgaan bezig te zijn. Benadruk dat de arts altijd de zorg zal leveren die nodig is om symptomen als benauwdheid en pijn te behandelen;
- Check bij zowel de cliënt/patiënt als bij de naasten (indien aanwezig) of de informatie begrepen wordt. Adviseer om binnen vier weken een afspraak te maken met de huisarts voor het vastleggen van de behandelwensen en benadruk het belang van de aanwezigheid van naasten;
- Informeer de huisarts over de resultaten van het voorbereidend gesprek;
- Check na vier weken of de afspraak met de huisarts is gemaakt.





## 6.3 Een paar voorbeeldzinnen



Het is van belang dat u duidelijk uitlegt waarom u denkt dat een behandelwensengesprek zinvol en fijn zou zijn voor de patiënt. Het is handig om een aantal zinnen paraat te hebben om het gesprek te starten, bijvoorbeeld:

- We bieden tegenwoordig mensen een gesprek aan om het te hebben over wensen ten aanzien van diverse medische behandelingen. Zou u daarin geïnteresseerd zijn?
- Hoe wilt u het leven als u niet meer alles kan wat u wilt? Wat is dan echt belangrijk voor u?
- Als u nu weer in zo'n situatie komt (bijvoorbeeld na ziekenhuis opname), zou u dan dezelfde behandeling willen?
- Denkt u wel eens na over de toekomst? Bijvoorbeeld over de komende vijf jaar?
- Stel er overkomt u ineens iets ernstigs, heeft u dan wel eens met iemand gepraat over uw wensen van wat u dan allemaal wel en niet zou willen qua behandeling?

## 6.4 De vervolgspraak

Laat een vervolgspraak maken voor het behandelwensengesprek. Leg, indien mogelijk, het initiatief hiervoor bij de patiënt zelf, je kunt hier na enige tijd zelf naar informeren bij de patiënt. Benadruk dat het wenselijk is dat een belangrijke naaste daarbij aanwezig is. Geef het formulier 'voorbereiding op het behandelwensengesprek' mee. Ondersteunende patiënt informatie is te vinden op:

- <https://www.zorgenzekerheid.nl/home/praatplaat-helpt-bij-keuzes-maken-over-gewenste-zorg-en-ondersteuning.htm>
- <https://levenseinde.patiëntenfederatie.nl/>
- <https://www.thuisarts.nl/levenseinde>
- Ook is er een mooi [filmpje](#) dat je patiënten met hun naasten kunt laten bekijken ter voorbereiding op het behandelwensen gesprek.

*Klik hiernaast op de bijlage 'voorbereiding op het behandelwensengesprek'*  
*[Bekijk de video hiernaast over de voorbereiding van het gesprek.](#)*

## 7 Het behandelwensengesprek zelf

### 7.1 De opening

*Vraag: Formuleer zelf hoe u het gesprek zou starten*

Kom terug op de aanleiding om het behandelwensengesprek te voeren:  
Enkele voorbeelden:

- "Ik heb u gevraagd, nadat u in het ziekenhuis heeft gelegen, hoe u dat de volgende keer zou willen als het zich weer zou voordoen"
- "U gaf de vorige keer aan dat u niet meer gereanimeerd zou willen worden, ik heb u toen gevraagd om verder na te denken over andere situaties die zich zouden kunnen voordoen (bv een longontsteking, gebroken heup, beroerte)"
- "U bent komen wonen in een woonzorgcentrum, het is dan belangrijk om te weten wat uw wensen zijn, de verzorging moet weten of ze bij nood de huisarts bellen of direct 112."

Verder toepassing van gebruikelijke gesprekstechnieken:

- Stel gerichte open vragen;
- vraag door;
- luister;
- geef informatie;
- en vat samen.



## 7.2 Verdiepingsvragen

*Vraag: Welke verdiepingsvragen zou u kunnen stellen om een beter beeld van de persoonlijke wensen te kunnen krijgen?*

Het stellen van verdiepingsvragen dient om een beter beeld te krijgen van de persoonlijke wensen van de patiënt. Voorbeelden van verdiepingsvragen zijn:

- Welke informatie heeft u nodig om hierover te beslissen?
- Zijn er zaken waar u zich zorgen over maakt?
- Wat maakt voor u het leven de moeite waard?
- Heeft u iets meegemaakt wat aanleiding geeft tot dit gesprek?
- Wat wilt u niet meemaken? Waar bent u bang voor? Heeft u voorbeelden uit uw omgeving van wat u niet wilt meemaken?
- Wat voor beeld heeft u bij een bepaalde medische behandeling, reanimeren, opname IC?
- Leg de (on)mogelijkheden uit! Leg uit wat medisch zinvol handelen is, als een oudere aangeeft gereanimeerd te willen worden en dit is volgens u medisch niet zinvol, probeer dit uit te leggen. Een goede uitleg over overlevingskansen vindt u ook bij thuisarts.nl en de multidisciplinaire richtlijn: "reanimatie bij kwetsbare ouderen".
- Vraag of er een wils- of euthanasieverklaring is gemaakt.
- NB in het behandelwensenformulier wordt er gevraagd of verklaringen aanwezig zijn, het is goed om te weten dat een levenstestament bij de notaris voor medische beslissingen niet verplicht is (soms denkt men dat), het is belangrijker dat de huisarts weet welke behandelwensen iemand heeft.
- NB het bespreken van een euthanasieverklaring of behandelverbod valt buiten het bestek van deze e-learning.



### 7.3 Voorbeeldfilmje

In het filmje "De Dappere Patiënt" laat men zien hoe je als patiënt en huisarts met elkaar in gesprek kan gaan over de laatste levensfase.

*Link film de dappere patiënt*

*[\(De Dappere Patiënt - trailer\)](#)*



## 8 Aandachtspunten voor speciale doelgroepen

### 8.1 Mensen met een niet-westerse culturele achtergrond



Ongeveer 11% van de Nederlandse bevolking heeft een niet-westerse migratieachtergrond. Van deze groep zijn 250.000 mensen ouder dan 55 jaar. In 2050 zijn dat er naar verwachting zelfs meer dan 560.000. De groep die zorg nodig heeft in de laatste levensfase groeit dus. Zij maken, deels door een gebrek aan kennis over de mogelijkheden, minder gebruik van bepaalde voorzieningen en ondersteuning. Terwijl zij daar wel behoefte aan hebben.

Voor mensen met een niet westerse culturele achtergrond is de insteek van zorg om lang mogelijk te leven, met maximale behandeling tot de dood. Religie is vaak bepalend in wat mag/kan en niet mag/kan. Alleen Allah of God weet wanneer een mens sterft! Betrek, indien nodig een geestelijke verzorger uit de betreffende religie.

Iedere moslim gelooft in het bestaan van djinns, maar over hun invloed op het dagelijks leven is veel discussie. Men hecht veel belang aan zorg door de naaste familie. Betrek actief familieleden of maak gebruik van bruggenbouwer: <https://www.netwerknoom.nl/bruggenbouwers/>

Informatie wordt in sommige gevallen eerst verteld aan familie en niet aan de patiënt, m.n. bij mensen van de eerste generatie. Er is meer wantrouwen ten opzichte van de westerse geneeskunde, men maakt vaker gebruik van alternatieve behandelingen/kruiden/smeersels.

## Tolkentelefoon

Schakel laagdrempelig de tolkentelefoon in. De tolkentelefoon is beschikbaar gesteld door het Achterstandsfonds. **Vanaf 1 januari 2021** kunnen alle huisartspraktijken **kosteloos** gebruik maken van de tolkentelefoon.

Gebruiksaanwijzing Tolkentelefoon:

1. Bel Global Talk: 088-255 52 22, 24 uur per dag, 7 dagen per week
2. Voer klantnummer in: 761187
3. Geef de gewenste taal door
4. Geef de postcode en het huisnummer van de praktijk en de initialen en de achternaam van de huisarts door. U wordt doorverbonden met een tolk.

Voor voorbeeld video's over gesprekken in verschillende talen:

<https://ingesprek.pharos.nl/>

## 8.2 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Ruim [één op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden](#). Dat betekent dat zij moeite hebben met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid. Het is van groot belang dat zorgverleners het niveau van de vaardigheden van de patiënt herkennen, en er zorg voor dragen dat de patiënt op een begrijpelijke en volledige manier geïnformeerd wordt en geholpen wordt om belangrijke beslissingen te kunnen nemen (informed consent).

Voor verdere info en tips zie:

<https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/#:~:text=Een%20op%20de%20drie%20Nederlanders,van%20deze%20groep%20is%20laaggeletterd.>

<https://www.steffie.nl/eenvoudige-websites/>

<https://www.allesoverdedood.nl/>

## 9 Afsluiten en vastleggen behandelwensengesprek

### 9.1 Afsluiten van het gesprek richting patiënt

Het behandelwensengesprek wordt afgesloten met het maken van afspraken, denk hierbij aan:

- Het is geen contract, maar een hulpmiddel.
- U kunt altijd terugkomen op uw keuzes en beslissing, en deze wijzigen
- Geef advies over waar het behandelwensenformulier bewaard kan worden bijvoorbeeld in de zorgmap of bij het oplaadstation van de telefoon.
- Geef advies over het informeren van anderen (naasten, buren, specialist in het ziekenhuis, thuiszorg verpleegkundigen, dagbesteding).
- Vertel naar wie je zelf een overdracht verzorgt (bij verwijzingen en naar huisartsenpost).
- Benadruk als er afspraken gemaakt zijn over wensen tot beperkt handelen, in spoedsituaties contact op te nemen met de huisarts of huisartsenpost, en NIET 112 te bellen. De huisarts zal dan onderzoeken wat er in de gegeven situatie nodig is. Bij een niet-reanimeren verklaring kan er gebeld worden naar 112 of de huisartsenpost, afhankelijk van de situatie zal het ondersteunend beleid wat nodig is worden ingezet.
- Mocht men (in een crisissituatie) toch 112 bellen, dan moet de patiënt, naaste of mantelzorger duidelijk aangeven dat er een niet-reanimeren wens is. Dit om te voorkomen dat er een tweede ambulance, brandweer en politie uitrukt.





## 9.2 Vastleggen van het gesprek

De uitkomsten en afspraken leg je na het gesprek vast op het behandelwensenformulier. Zo is duidelijk voor patiënt inclusief zijn naasten en zorgverleners welke afspraken zijn gemaakt. Deze afspraken worden jaarlijks in een gesprek getoetst of er nieuwe of gewijzigde wensen zijn. Hiertoe kan een herinnering in de praktijkagenda (POH) worden genoteerd. In multidisciplinaire samenwerking is het structureel opnemen van het behandelwensengesprek op de agenda van het PATZ of MDO, om de actualiteit van de gemaakte afspraken met collega zorgprofessionals te bespreken, waardevol.

De huisarts kan de vastgelegde informatie, indien de patiënt toestemming heeft gegeven, delen met de huisartsenpost. Het is een noodzakelijke voorwaarde dat de patiënt toestemming geeft voor het LSP omdat dit de informatie zo actueel mogelijk maakt. Met inbegrip van het medicatieoverzicht et cetera.

Mocht zich een acute situatie voordoen in de avond, nacht of weekenduren dan is voor de dienstdoende collega duidelijk wat de behandelwensen zijn en kan het beleid daarop aangepast worden.

Mocht het zo zijn dat de ambulance gewaarschuwd is, dan kan het ambulancepersoneel deze informatie bij de huisartsenpost opvragen. Mocht iemand al naar de spoedeisende hulp zijn gebracht, dan kan van daaruit ook informatie bij de huisartsenpost opgevraagd worden.

De volgende informatie is belangrijk om vast te leggen:

- Behandelwensenformulier invullen en 'ondertekenen'. Met een handtekening onderschrijf je eenduidig de gemaakte afspraken;
- Dossier onder episode ICPC A20 behandelwensengesprek;
- Volmacht & mantelzorger telefoonnummer;
- Kopie in dossier (document inscannen) & mee met patiënt;
- Kopie voor naasten en patiënt;
- Delen van het formulier via Zorgdomein richting HAP (zie 9.3);
- Aanmelding LSP, indien nog niet gedaan.



## 9.3 Overdracht naar de huisartsenpost

De informatie van het behandelwensengesprek wordt gedeeld met de huisartsenpost. Deze kan verstuurd worden via Zorgdomein.



### Werkinstructie overdracht versturen naar HAP

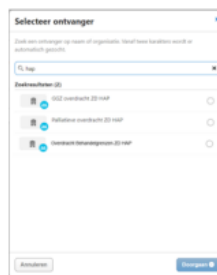
Je kunt direct in ZorgDomein het vooraf ingevulde overdrachtsformulier veilig, correct en compleet naar de HAP sturen. Er zijn drie verschillende overdrachten mogelijk: GGZ, Palliatief of Behandelgrenzen.

Hoe werkt het:

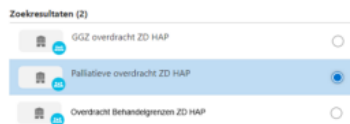
- Stap 1:** Selecteer 'Overdracht versturen' in het zorgvraagmenu (figuur 1)
- Stap 2:** Typ de naam van de HAP in de zoekbalk (figuur 2)
- Stap 3:** Kiest de gewenste overdracht (figuur 3)
- Stap 4:** Vul het formulier verder in zoals bij een reguliere verwijzing en verstuur naar HAP (figuur 4)



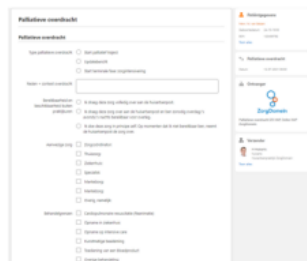
Figuur 1



Figuur 2



Figuur 3



Figuur 4

## 9.4 Toolkit met formulieren

Om je te ondersteunen om het behandelwensengesprek goed uit te voeren is een toolkit beschikbaar. Deze toolkit bevat drie formulieren:

a. Voorlichting voor de patiënt.

*In dit formulier wordt een korte uitleg gegeven over het behandelwensengesprek en dient ter voorbereiding van de patiënt op het gesprek;*

b. Leidraad voor het gesprek (voor de zorgprofessional).

*Dit formulier kan helpen als hulpmiddel voor het voeren van het gesprek;*

c. Behandelwensenformulier (in te vullen door zorgverlener samen met de patiënt en naaste).

*De patiënt en zorgverleners vullen dit formulier samen in. In dit formulier staan alle afspraken over de behandelwensen en behandelgrenzen van de patiënt.*

Op de eerste twee formulieren treft u diverse links aan naar achtergrondinformatie voor de patiënt, maar ook voor u zelf. Het derde formulier betreft het uniforme formulier voor de vastlegging van proactieve zorgplanning dat onderdeel uitmaakt van de 'Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning (advance care planning, ACP) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie' ([Leidraad Proactieve zorgplanning \(advance care planning\) \(palliaweb.nl\)](#))

*Klik op de 3 formulieren in de bijlage.*

## 10 Samenvatting: wie doet wat?

### Wie biedt het gesprek aan?

- Voorbereidend gesprek door POH ouderen/ somatiek, case finding tijdens het spreekuur of als onderdeel van reguliere huisbezoeken;
- Huisarts, case finding, nav PaTZ/GPO/MDO;
- Wijkverpleegkundige en iedere andere hulpverlener die zich competent genoeg acht en hiervoor is opgeleid, dus ook vrijwilligers in palliatieve zorg;
- De Specialist Ouderengeneeskunde (SO), internist ouderengeneeskunde of specialistische verpleegkundige indien zij constateren dat het gesprek nog niet heeft plaatsgevonden of dat wensen gewijzigd zijn.

### Wie neemt initiatief voor vervolg?

Het initiatief voor het maken van een vervolggesprek ligt bij de patiënt zelf. Per situatie beoordeel je of er een herinnering moet worden ingepland door de praktijkverpleegkundige, POH, assistente of de huisarts.

### Wie voert het behandelwensengesprek?

Het behandelwensengesprek wordt gevoerd door de huisarts, de praktijkverpleegkundige of POH Ouderenzorg.

### Wie legt de wensen vast?

Verslaglegging en overdracht richting de huisartsenpost gebeurt via Zorgdomein.

### Wie informeert familie en naasten?

Het informeren van familie en naasten, die niet bij het gesprek aanwezig waren gebeurt door de patiënt zelf. Help de patiënt eventueel met het overzicht wie er mogelijk nog meer geïnformeerd zouden moeten of kunnen worden, zoals bijvoorbeeld de dagbesteding of de vaste vrijwilliger.

### Opvolging

Implementatie en vervolg moet door de praktijkverpleegkundige, POH of huisarts opgepakt worden.



## 11. Borgen behandelwensengesprek

### 11.1 Implementatie in je praktijk en de wijk



Het is belangrijk om het behandelwensengesprek multidisciplinair te implementeren. Het gezamenlijk met andere zorg en hulpverleners opsporen van kwetsbare ouderen, het plannen en houden van een behandelwensengesprek, het actief delen van de informatie met de huisartsenpost en periodiek het gesprek blijven voeren inclusief het updaten van de gegevens indien nodig is erg belangrijk. Het vast agenderen van het behandelwensengesprek op het MDO, GPO of PaTZ kan hierbij een goede ondersteuning zijn. Het stimuleren om met meerdere wijkcollega's deze e-learning te doen is bovendien een mooie manier om in de wijk op dezelfde manier met behandelwensen bezig te zijn. Er valt een hoop van elkaar te leren.

Bij het voeren van het behandelwensengesprek dienen de formulieren in de toolkit gebruikt te worden. De opgehaalde informatie wordt gedeeld via het behandelwensenformulier (link toevoegen). De patiënt geeft hiertoe schriftelijk toestemming voor het delen van de gegevens via het landelijk schakelpunt met de huisartsenpost, ziekenhuis en ambulancedienst.

Door de wensen van kwetsbare ouderen te achterhalen middels een behandelwensengesprek wordt aangesloten bij hun wensen, kun je zinvol behandelen en kan goede zorg worden gegeven. Het draagt bij aan meer duidelijkheid en daardoor zal meer rust ontstaat bij zowel de kwetsbare ouderen, zijn/haar familie als bij de zorgverleners. In acute situaties weet immers iedereen waar hij/zij aan toe is. Het voorkomt onterechte en ongewenste opnames en behandelingen. Een besparing zit mogelijk in de afname van ziekenhuisopnames, minder ligdagen en minder bezoeken aan de spoedeisende hulp. Het draagt bij aan de doelstelling dat mensen langer thuis wonen, aan de invulling van goede en veilige zorg in de thuissituatie, aan het voorkomen van ongewenste opnames en aan goede informatieoverdracht tussen de eerste en tweedelijns zorgverleners.

## 11.2 Financiering door Zorg en Zekerheid

Zorg en Zekerheid heeft de prestatie Behandelwensgesprek toegevoegd in het overeenkomstdeel 'Overige S3 afspraken' bij die huisartsenpraktijken die de vereiste scholing gevolgd hebben. De deelnemend huisarts ontvangt daarvoor een certificaat van de e-learning. Caliber informeert Zorg & Zekerheid. Na goedkeuring van het certificaat in het Vecozo zorginkoopportaal kan ieder gesprek volgens deze werkwijze gedeclareerd worden met code 31244 (eerste gesprek) of 31242 (behandelwensengesprek na een jaar).

Indien gewenst kan het certificaat incl. AGB code ook gemaild worden naar [huisartsen@zorgenzekerheid.nl](mailto:huisartsen@zorgenzekerheid.nl).

*Bekijk de video*

*Afsluitend filmpje (wachtkamerscherf filmpje)*

[https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=10&v=3rIzh1oljEg](https://www.youtube.com/watch?time_continue=10&v=3rIzh1oljEg)

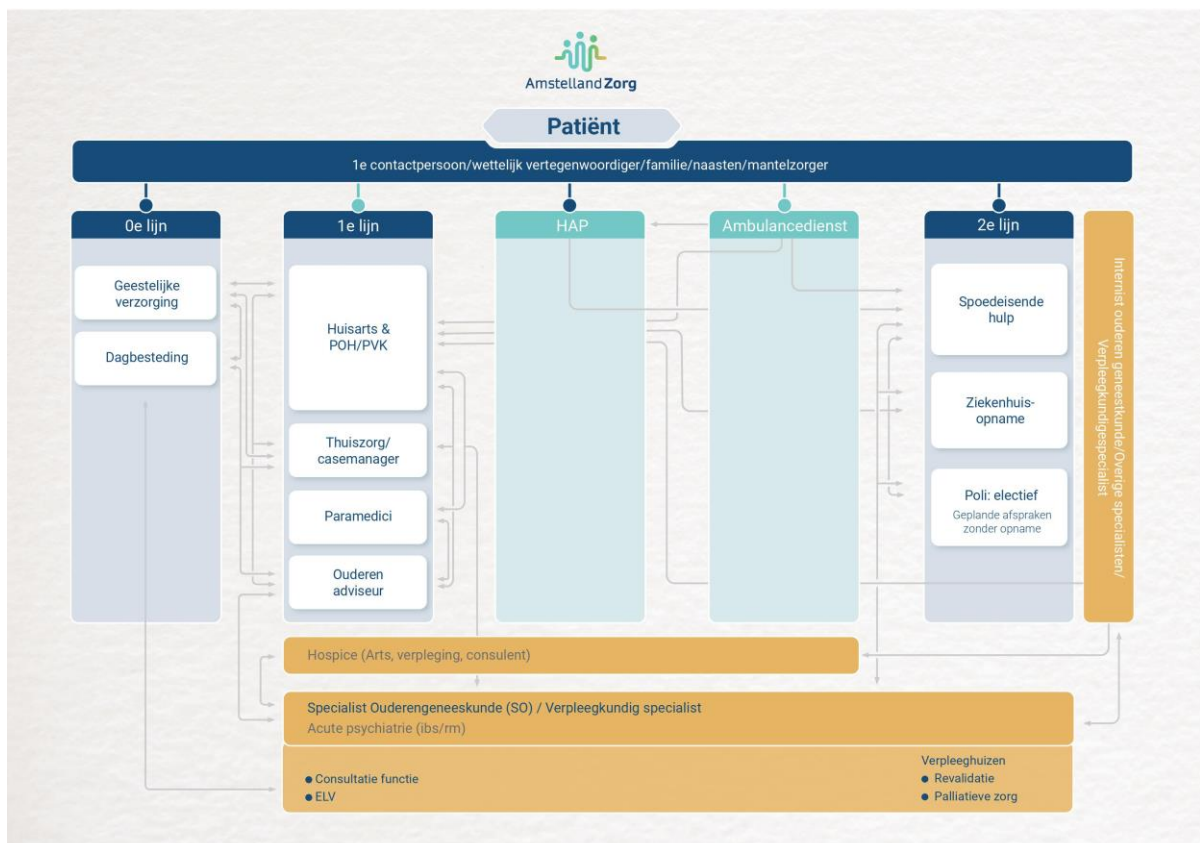
## 12. Achtergrondinformatie project

### 12.1 Projectgroep Proactieve Zorgplanning

Vanuit het doorbraakproject Wijkgericht Werken zijn in alle WSV's in de regio Amstelland MDO's, GPO's en PATZ groepen actief. Vanuit deze gremia is het verzoek gekomen om voor de complexe ouderenzorg te komen tot een betere inbedding van de proactieve (of palliatieve) zorgplanning. Naast aandacht en tijd voor de behandelwensgesprekken moet er ook gekeken worden naar de overdracht van informatie zowel overdag- als in de avond, nacht en weekend.

Een belangrijk uitgangspunt is het samenwerken met de andere partijen in de nulde-, eerste- en tweede lijn. In onze projectgroep hebben (zorg)collega's zitting namens de huisartsenzorg, thuiszorg, welzijn, verpleeghuizen en de tweede lijn. Het is onze overtuiging dat ook Ouderenadviseurs, thuiszorg medewerkers en wijkverpleegkundigen een belangrijke rol (kunnen) hebben in de proactieve zorgplanning, en daarmee ook bij (de start van de) behandelwens gesprekken.

De projectgroep heeft een analyse gemaakt van alle informatiestromen tussen de samenwerkende zorgprofessionals welke betrokken zijn rond een patiënt en gezamenlijk invulling geven aan het totale proces van proactieve zorgplanning. De afbeelding geeft hiervan een overzicht.



## 12.2 Knelpunten

Vanuit de projectgroep zijn knelpunten benoemd in de overdracht van gegevens. De belangrijkste benoemde knelpunten zijn:

### **Patiënt/ Kwetsbare ouderen**

- Er moet specifiek toestemming gevraagd worden en gegeven door de patiënt om gegevens te mogen delen via LSP. Het openstellen van het LSP is onze inziens een noodzakelijke randvoorwaarde om op zo goed en zorgvuldig mogelijk invulling te kunnen geven aan het proces van proactieve zorgplanning.
- Er wordt nog weinig geregistreerd met de focus op behandelwensen van kwetsbare ouderen

### **Situatie wanneer een Patiënt 112 belt (Ambulancedienst)**

- Voor de Ambulancedienst is het, in spoedsituaties, niet duidelijk of specifieke informatie (behandelwensen) bekend, geregistreerd en toegankelijk zijn want:
  - Het kan onduidelijk zijn of de informatie bij de patiënt en mantelzorgers actief bekend zijn, juist ten tijde van een crisissituatie;
  - Het kan onduidelijk zijn of de informatie ook geregistreerd is;
  - Indien wel geregistreerd, waar is deze informatie dan vindbaar?
  - Alleen wanneer er tijd en gelegenheid is kan ambulancepersoneel telefonisch overleggen met HA of HUISARTSENPOST. Direct digitaal gegevens opvragen is niet mogelijk.

### **Digitale communicatie - systemen**

- Er bestaat geen uniform systeem waar alle hulpdiensten bij zijn aangesloten en dat digitale uitwisseling van informatie mogelijk maakt.
- Bij verwijzing naar de SEH stuurt de huisarts informatie via Zorgdomein of met een verwijzing vanuit de huisartsenpost. Dit is niet direct digitaal beschikbaar bij binnenkomst op de SEH van een patiënt maar moet opgezocht worden.

### **Interne doorverwijzing vanuit de HAP, radiologie etc.**

- Indien de huisarts doorverwijst naar radiologie kan de informatie m.b.t. behandelwensengesprek met de verwijfsbrief worden meegezonden. Maar als de patiënt vervolgens intern wordt doorverwezen, bijvoorbeeld naar de SEH voor spoedbehandeling, dan wordt deze informatie niet meegezonden.



## 12.3 Oplossingen

De projectgroep zal de komende tijd op zoek gaan naar oplossingen voor de knelpunten. De belangrijkste oplossingen zullen zich richten op:

### **Stip op de Horizon**

Digitale uitwisseling van informatie, liefst via 1 systeem, tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp (en eventueel ook radiologie) als het gaat om: Dossier inzien (inclusief aandachtsformulier/memo), verwijzing, ritformulier en terugkoppelingen

### **1<sup>ste</sup> fase oplossing en Quick wins**

- Landelijk Schakel Punt – Zorgverleners willen graag medische informatie onderling kunnen delen, dit kan alleen met toestemming van de patiënt. Voor het behandelwensen gesprek belangrijk om actief patiënten toestemming te vragen voor informatiedeling
- Het geven van scholing over het houden van het behandelwensengesprek met kwetsbare ouderen.
- Wij zullen er op aandringen bij het ziekenhuis Amstelland dat zij een zorgpad ontwikkelen en implementeren voor kwetsbare ouderen en mensen met een levensbedreigende ziekte. Momenteel is dat aandachtspunt belegd bij een van onze projectgroep, internist geriatrie uit het Ziekenhuis Amstelland.

## 13 Eindtoets

### Eindtoets

U heeft de e-learning doorlopen, we ronden hem af met 8 vragen. Wanneer U minimaal 6 vragen goed beantwoord, krijgt u een certificaat wat u kunt downloaden. Calliber informeert Zorg & Zekerheid hierover. Wanneer u minder dan 6 antwoorden goed hebt mag u een keer herkansen.

#### Vraag 1

Waarom is een behandelwensen gesprek belangrijk (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Duidelijkheid in avond, nacht en weekendsituatie
- b. Je leert de patiënt beter kennen
- c. Regie zoveel mogelijk bij de patiënt
- d. Kostenbesparing in de zorg

**Juiste antwoord = A, B, C, D (alles is oké)**

#### Vraag 2

Bij wie plan je een behandelwensen gesprek in? (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Groep kwetsbare ouderen en mensen met een ernstig onderliggend lijden en een levensverwachting < 1 jaar
- b. alle 80-plussers
- c. bij diegene die er om vraagt

**Juiste antwoord = A, B en C (alles is oké)**

#### Vraag 3

Hoe start je een behandelwensengesprek?

- a. Stel gesloten vragen, vraag niet door
- b. Stel gerichte open vragen, vraag door, luister, geef informatie en vat samen
- c. begin met een korte samenvatting van wat de aanleiding was voor het gesprek
- d. neem het thuis ingevulde formulier in ontvangst en scan het in het dossier

**Juiste antwoord is C**

#### Vraag 4

Wie is eindverantwoordelijk voor het vastleggen van het behandelwensen gesprek?

- a. De Huisarts
- b. De POH Ouderen
- c. de assistente
- d. de wijkverpleegkundige

**Juiste antwoord is A**

**Vraag 5**

Hoe draag je op een goede manier de behandelwensen over naar overige zorgverleners in de keten?

- a. Via LSP
- b. Mondeling, telefonisch
- c. Via het uniforme Behandelwensenformulier
- d. Via het formulier wat de patiënt zelf thuis heeft

**Juiste antwoord is C**

**Vraag 6**

Hoe kun je de overdracht naar de huisartsenpost op dit moment het beste doen?

- a. Via Zorgdomein
- b. Via Zio
- c. Via Zorgmail

**Juiste antwoord is A**

**Vraag 7**

Wie kan de overdracht naar de huisartsenpost doen?

- a. De huisarts
- b. De POH ouderen
- c. De assistente

**Juiste antwoord is A**

**Vraag 8**

Het initiëren van het behandelwensengesprek gebeurt louter en allen door de huisarts of de POH.

- a. Juist
- b. Onjuist

**Juiste antwoord is B**

**Vraag 9**

Het openzetten van het LSP is niet relevant voor het voeren van het behandelwensengesprek.

- a. Het is geen vereiste, de meerwaarde is beperkt.
- b. Het is geen vereiste, maar als je dit niet doet kunnen de behandelwensen en -grenzen niet goed gedeeld worden met zorgverleners wat het bemoeilijkt om te handelen conform de behandelwensen en -grenzen.
- c. Het is een vereiste.

**Juiste antwoord is B**

### **Vraag 10**

Welke zorgverleners kunnen een rol vervullen in het proces van proactieve zorgplanning?

- a. Zorgverleners gekoppeld aan de huisartsenpraktijk
- b. Zorgverleners gekoppeld aan de huisartsenpraktijk of de 2e lijn.
- c. Zorgverleners uit de 0e, 1e en 2e lijn.

**Juiste antwoord is C**

### **Vraag 11**

Wat is de meerwaarde van de multidisciplinaire samenwerking specifiek voor proactieve zorgplanning? (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Signalen voor indicatie PAZ worden op tijd gesignaleerd.
- b. Alle disciplines op de hoogte van afspraken.
- c. Minder kans op ongewenste interventies.

**Juiste antwoord = A, B en C (alles is oké)**

### **Vraag 12**

Waartoe dient de inzet van een multidimensionale patiëntbenadering vanuit het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg?

- a. Dit wordt gehanteerd voor de aansluiting bij de waarden, wensen en behoeften van patiënten.
- b. Dit wordt gehanteerd voor de aansluiting op het fysiek welbevinden van patiënten.
- c. Dit wordt gehanteerd voor de aansluiting op het spiritueel welbevinden van patiënten.

**Juiste antwoord = A**

### **Vraag 13**

Welke aandachtspunten zijn er als het gaat om de laatste levensfase voor mensen met een niet-westerse achtergrond?

- a. Geen aandachtspunten.
- b. Aandacht voor de insteek van zorg vanuit de culturele achtergrond, religie en de rol van naaste familie.
- c. Het behandelwensengesprek kan alleen gevoerd worden door een geestelijk verzorger van de betreffende religie.

**Juiste antwoord = B**

### **Vraag 14**

Wanneer stel je een behandelwensengesprek voor? (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Bij toegenomen kwetsbaarheid.
- b. Naar aanleiding van opname/doorgemaakt ziektebeeld.
- c. Bij uitbraak van een besmettelijke ziekte zoals COVID-19

**Juiste antwoord = A, B en C (alles is oké)**

**Vraag 15**

Wie is verantwoordelijk voor het maken van de vervolgspraak voor het behandelwensengesprek?

- a. De huisarts.
- b. De POH.
- c. De patiënt zelf.

**Juiste antwoord = C**

**Vraag 16**

Onder welke episode wordt het behandelwensengesprek vastgelegd?

- a. Onder ICPC A05
- b. Onder ICPC A49.01
- c. Onder ICPC A20

**Juiste antwoord = C**

**Vraag 17**

Kun je terugkomen op eerder gemaakte afspraken?

- a. Ja
- b. Nee

**Juiste antwoord = A**

**Vraag 18**

Welk advies kun je als huisarts aan een patiënt en zijn naasten meegeven wanneer behandelwensen zoals wel/niet reanimeren worden gewijzigd?

- a. De patiënt en zijn naasten hoeven niets te doen.
- b. Adviseer de patiënt en zijn naasten om de gewijzigde informatie proactief te delen, o.a. met de dagbesteding en de wijkverpleegkundige van de thuiszorg en informeer overige familie en naasten.
- c. Adviseer de patiënt om alleen zijn naasten te informeren.

**Juiste antwoord = B**

**Vraag 19**

Wat doe je als wijkverpleegkundige als de client aangeeft dat hij terug wil komen op zijn wensen en grenzen zoals die zijn vastgelegd bij de huisarts?

- a. Je vraagt aan de client wat hij/zij gewijzigd wil hebben en geeft dit door aan de huisarts.
- b. Je verwijst de client naar de huisarts voor een behandelwensengesprek.
- c. Je geeft aan dat de client moet wachten op de evaluatie van het behandelwensengesprek om zijn/haar wijzigingen door te geven.

**Juiste antwoord = B**

**Vraag 20**

Bij een niet reanimeerverklaring is het verboden 112 te bellen.

- a. Juist.
- b. Onjuist.

**Juiste antwoord = B**

# Einde

## Bijlagen – Toolkit met formulieren

Toolkit formulieren als link in de tekst opgenomen:

1. Voorlichting voor patiënten behandelwensengesprek
2. Behandelwensenformulier
3. Leidraad behandelwensen gesprek